

**POLICLÍNICO COMUNITARIO DOCENTE
"JOAQUÍN DE AGÜERO Y AGÜERO"
CAMAGÜEY**

El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico

Child maltreatment syndrome and its diagnosis in dentist's office

Lissette Peraza Gutiérrez^I, Sarah Teresa Gutiérrez Martorell^{II}.

RESUMEN

Introducción: desde tiempos remotos el maltrato infantil ha sido una forma de sometimiento, medida disciplinaria y explotación; la Medicina y la Psicología abordan sus múltiples aspectos, pero los planes de estudio de Estomatología apenas lo mencionan, por lo que frecuentemente las lesiones buco-faciales ocasionadas por maltrato infantil no se identifican en el consultorio estomatológico.

Objetivo: caracterizar, en forma resumida y estructurada, las lesiones buco-faciales indicadoras de maltrato infantil, como un material de consulta para especialistas en Estomatología.

Método: se revisó la bibliografía sobre el tema, correspondiente a los últimos cinco años, disponible en bases de datos y colecciones de Internet (PubMed, SciELO, CUMED y EBSCO); a partir de los artículos seleccionados se elaboró una reseña.

Desarrollo: entre las lesiones buco-faciales frecuentes en niños maltratados se identifican los hematomas, arañosos y equimosis en zonas no prominentes (orejas, mejillas), hematomas periorbitarios (imagen del antifaz), mordidas y quemaduras. Los golpes en la boca para silenciar al niño y la introducción forzada de objetos ocasionan lesiones bucales típicas (fracturas, luxaciones dentales laterales, laceración de la mucosa interior del labio superior y cercana al frenillo, marcas de incisivos superiores en el interior de los labios y avulsiones); la presencia de eritema en la línea de unión entre el paladar blando y duro, o laceración del frenillo lingual, pueden indicar una fellatio.

Conclusiones: la mayoría de las lesiones buco-faciales en niños víctimas de maltrato se relacionan con castigos físicos y negligencia familiar; los signos indicadores de maltrato son fácilmente identificables por un estomatólogo preparado al efecto.

Palabras clave: MALTRATO A LOS NIÑOS/diagnóstico, ABUSO FÍSICO, HERIDAS Y TRAUMATISMOS/diagnosis, TRAUMATISMOS FACIALES/diagnóstico, ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

ABSTRACT

Introduction: since the earliest times, child abuse has been a form of subjection, disciplinary action and exploitation; Medicine and Psychology deal with its many aspects, but the study plans of Stomatology hardly mention it, so that often the buco-facial injuries caused by child abuse are not identified in the stomatological office.

Objective: to characterize, in a summarized and structured form, the buco-facial lesions indicative of child maltreatment, as a reference material for Stomatology specialists.

Method: the bibliography on the subject available in databases and Internet collections (PubMed, SciELO, CUMED and EBSCO) was reviewed for the last five years; a review was prepared based on the selected articles.

Development: among common buco-facial lesions in abused children identify bruises, scratches and ecchymoses in non-prominent areas (ears, cheeks), periorbital bruises (image mask), bites and burns. The blows in the mouth to silence the child and the forced introduction of objects cause typical oral lesions (fractures, lateral dental luxations, laceration of the inner mucosa of the upper lip and close to the frenulum, upper incisor marks on the inside of the lips and avulsions); the presence of erythema in the line between the soft and hard palate, or laceration of the lingual frenulum, may indicate a fellatio.

Conclusions: most of the buco-facial injuries in children victims of abuse are related to physical punishment and family neglect; the signs of maltreatment are easily identifiable by a

stomatologist prepared for the purpose.

Keywords: CHILD ABUSE/diagnosis, PHYSICAL ABUSE, WOUNDS AND INJURIES/diagnosis, FACIAL INJURIES/diagnosis, PEDIATRIC DENTISTRY.

- I. Máster en Atención de Salud Bucal Comunitaria. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Docente Integral "Joaquín de Agüero y Agüero". Camagüey, Cuba.
- II. Máster en Atención de Urgencia en Estomatología y en Educación Superior. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente Integral "Joaquín de Agüero y Agüero". Camagüey, Cuba.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos el maltrato infantil ha sido una forma de sometimiento, medida disciplinaria y explotación, frecuentemente respaldada por prácticas religiosas o rituales, costumbres familiares y sociales basadas en la discriminación y sumisión, y concepciones tradicionalistas acerca de la educación como aquella de "la letra con sangre entra"⁽¹⁻³⁾.

Cuando ya existían medidas jurídicas que protegían a los animales, aún se justificaba y permitía el maltrato infantil sin que ningún recurso legal pudiera impedirlo. En la actualidad, a pesar de las grandes campañas de defensa de los derechos del niño respaldadas por leyes nacionales e internacionales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), aún persisten diversas prácticas de maltrato infantil asociadas muchas veces a ambientes y modos de vida caracterizados por la violencia, la frustración, el estrés, el consumo de alcohol y drogas y la falta de amor^(1,4).

El maltrato infantil es una realidad omnipresente en la actualidad y desde las variadas aristas de las ciencias se buscan respuestas a este fenómeno cada vez más preocupante; la Medicina y la Psicología abordan sus múltiples aspectos, pero los planes de estudio de Estomatología apenas lo mencionan, por lo que frecuentemente las lesiones buco-faciales ocasionadas por maltrato infantil no se identifican en el consultorio estomatológico. Este hecho resulta paradójico si se tiene en cuenta que esta es una de las profesiones en que los especialistas tienen un contacto directo más cercano con el paciente, lo que debe contribuir a la detección de lesiones de cualquier tipo en los pacientes^(5,6).

Los estudios acerca de las aptitudes y conocimientos del personal estomatológico para determinar qué lesiones indican maltrato infantil muestran que, en general, su percepción del problema existente es baja a la par que existe una manifiesta incapacidad de hacer frente a los casos sospechosos^(6,7).

Este es un tema muy sutil, que compromete a la familia en su actuación como tal y requiere atención particular por parte de los profesionales y de la sociedad; el desconocimiento generalizado acerca de sus manifestaciones en muchas ocasiones evita las sospechas sobre la presencia del síndrome del maltrato infantil en los niños -que pasa inadvertido- mientras las víctimas indefensas sólo pueden esperar recibir en algún momento la ayuda adecuada^(1,5,8).

Debido a la importancia y sensibilidad del tema, y a su baja percepción social y facultativa en el ámbito estomatológico, el objetivo del presente trabajo es caracterizar, en forma resumida y estructurada, las lesiones buco-faciales indicadoras de maltrato infantil, como un material de consulta para especialistas en Estomatología.

MÉTODO

Se revisó la bibliografía sobre el tema, correspondiente a los últimos cinco años, disponible en bases de datos y colecciones de Internet (PubMed, SciELO, CUMED y EBSCO); a partir de los artículos seleccionados se elaboró una reseña estructurada.

DESARROLLO

El síndrome del maltrato infantil es un problema de salud de carácter universal, resultado de una compleja interacción entre factores de riesgo propios de cada individuo, la familia y la sociedad.

La identificación de este síndrome se dificulta porque generalmente la información de los pacientes es inexacta, en ocasiones los especialistas no incluyen en el diagnóstico diferencial la sospecha de su presencia y no profundizan en la investigación de las causas de las lesiones de los pacientes^(4,9,10).

El síndrome del maltrato infantil, como concepto, abarca una gran variedad de situaciones de malos tratos físicos y emocionales, acciones u omisiones⁽¹¹⁾. Se define como una agresión ocasional o habitual producida al niño por sus padres, hermanos, familiares u otras personas, con la intención de castigarlo o hacerle daño⁽¹²⁾; el maltrato abarca además la no satisfacción de las necesidades básicas del niño (alimentación, salud, protección, afecto y cuidado)^(2,4).

Algunos autores prefieren denominar a las lesiones que acompañan al cuadro, "lesiones no accidentales"⁽¹³⁾; de ahí que también se puede definir el maltrato infantil como la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad^(2,14).

El maltrato infantil se manifiesta a través de diversas conductas, que van desde el abuso físico, sexual, emocional o psicológico, hasta la negligencia y el síndrome de Münchhausen por poder^(1,2,7). Según la intencionalidad, el maltrato infantil puede ser intencional (abuso), no intencional (negligencias), e indeterminado (no es posible determinar la existencia de intencionalidad, pero tampoco descartarla)^(14,15).

En el síndrome de Münchhausen por poder, el niño o niña es la víctima de un adulto con trastornos de la personalidad que le fabrica estados de enfermedad inexistentes, o somete a sus hijos a investigaciones médicas, operaciones y tratamientos innecesarios para lograr un beneficio^(16,17).

Los accidentes casuales son frecuentes en edades tempranas de la vida, por tanto, es preciso evaluar cuidadosamente su etiología, la frecuencia de los "accidentes" y su correspondencia con las actividades propias de la edad, las características de las lesiones, y junto a ello los aspectos generales físicos y de conducta del niño, tanto para no incurrir en señalar a padres inocentes como "maltratadores", como para evitar pasar por alto en el diagnóstico los casos de malos tratos reales⁽¹⁷⁾.

Epidemiología del síndrome del maltrato infantil

Debido a múltiples factores, el índice de denuncias de malos tratos infantiles es muy bajo; se considera que sólo 10 % de los casos reales son denunciados a las autoridades competentes, aunque con deficiencias diagnósticas debidas a la impericia profesional o al temor^(8,17).

La mayoría de los casos de abuso infantil en niños varones (62,7 %) ocurren en las edades de tres años y entre los ocho y 15 años; en las niñas los abusos son más frecuentes a los tres y a los nueve años^(12,14,18). En general, los índices más altos de maltrato infantil se sitúan cerca de los tres años (74,8 %) y las víctimas suelen ser los niños que necesitan más atención: hijos adoptivos, hijastros y otros niños que integran el núcleo familiar⁽¹⁸⁾.

En muchos casos (80-90 %) el maltrato proviene de los padres, tutores o cuidadores de los niños; las estadísticas confirman que en 96,1 % de los casos el agresor es conocido^(2,8,15,17). Por lo general, el adulto agresor también ha sido víctima de maltrato en su infancia, tiene poca capacidad de respuesta para enfrentar las situaciones de la vida (temperamento nervioso, colérico, frustrado) y, a menudo, no tiene conciencia verdadera de su actitud violenta^(2,19).

Respecto a la localización de las lesiones, la mayoría (65 %) se producen en la cara y el cuello⁽¹⁵⁾. Entre las lesiones buco-faciales frecuentes en niños maltratados se identifican los hematomas, arañazos y equimosis en zonas no prominentes (orejas, mejillas), hematomas periorbitarios (imagen del antifaz), mordidas y quemaduras. Los golpes en la boca para silenciar al niño y la introducción forzada de objetos ocasionan lesiones bucales típicas (fracturas, luxaciones dentales laterales, laceración de la mucosa interior del labio superior y cercana al frenillo, marcas de incisivos superiores en el interior de los labios y avulsiones); la presencia de eritema en la línea de unión entre el paladar blando y duro, o laceración del frenillo lingual, pueden indicar una felación^(6,7,20).

Las lesiones intrabucales están presentes en 3-6 % de los casos y se deben a la introducción forzada y de forma violenta de objetos como chupetes, tenedores o cucharas por parte de los cuidadores; en estos casos las lesiones típicas son las laceraciones de la mucosa labial y los frenillos, y las luxaciones laterales⁽²⁰⁾.

La forma de abuso sexual más frecuente es el abuso lascivo; la mayoría de las víctimas son de sexo femenino, de edades entre 10 y 14 años, con coeficiente intelectual normal y de procedencia urbana, con situaciones familiares inadecuadas (familias disfuncionales), dificultades en la comunicación y manejo familiar deficiente⁽¹³⁾. Los tocamientos y caricias corporales no dejan huellas físicas, pero producen daños sicológicos que se reflejan en el comportamiento del niño o niña (miedos, insuficiencia escolar, agresividad y tristeza)⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Criterios generales para sospechar el diagnóstico de síndrome del maltrato infantil

- La historia aportada por el autor no explica la naturaleza de la lesión identificada, o la historia cambia con el tiempo; la explicación de que la lesión es autoinfligida no concuerda con el desarrollo psicomotor del menor.
- Retardo en la búsqueda de atención médica y reacción familiar anormal ante el daño o lesión.
- Existencia de lesiones múltiples, en diferentes estadios de resolución, que ocupan zonas extensas, en áreas corporales diferentes, con disposición simétrica.
- Lenguaje violento hacia el menor y falta de afectividad materna.
- El niño viste deficientemente (su ropa aparece descuidada) o viste prendas muy cerradas para esconder las lesiones.
- El niño presenta deficiencias nutricionales y de socialización, muestra cambios repentinos en su comportamiento, problemas del sueño, llanto frecuente, así como incapacidad para establecer su independencia en la edad esperada y dificultades con el lenguaje^(2,7,9,15).

El estomatólogo quizás sea el profesional sanitario que con más frecuencia pueda detectar la existencia de maltrato infantil; a este respecto, Morales⁽⁷⁾ señala el maltrato infantil como una de las causas frecuentes de traumatismos dentales y reconoce que los consultorios estomatológicos son lugares estratégicos para reconocer las lesiones provocadas por malos tratos⁽²⁰⁾.

Entre 50 % y 70 % de los niños que acuden al estomatólogo presentan dolencias bucales que pueden ser indicios de violencia, tales como lesiones en la cara y la boca, contusiones y fracturas dentales múltiples, a lo que se suma la existencia de una actitud defensiva en el niño; no obstante, debido a la poca pericia de los estomatólogos en este sentido, la mayoría de los casos pasan inadvertidos^(5,6,9,20).

En los casos de niños maltratados que acuden al estomatólogo, esta conducta se puede explicar por dos razones: los niños van en busca de tratamiento para lesiones traumáticas menos graves – y a la vez tienen cuidado en evitar los lugares donde se les puedan hacer más preguntas- o, aunque los padres que maltratan a sus hijos los llevan raramente al mismo médico, no son tan preavidos con los estomatólogos⁽⁹⁾.

Por ello es de suma importancia que ante cualquier signo alarmante en partes visibles del cuerpo del niño, el estomatólogo conozca y explore una serie de datos sospechosos de ser evidencias de maltrato^(7,9). De ser positivos estos datos, los hermanos de la posible víctima deben ser examinados (aproximadamente 20 % de los casos pueden presentar también signos de abuso)⁽²¹⁾.

No obstante, hay que saber diferenciar las lesiones no intencionales (como las cutáneo-mucosas debidas a actos médicos), las manchas de variantes normales (hemangiomas o lunares tipo nevus), las originadas por enfermedades dermatológicas, hemorrágicas o genéticas, y las lesiones autoinfligidas por el propio individuo (comunes en los pacientes autistas), de las causadas por los maltratos de personas que no velan por los derechos de los niños⁽²²⁾.

Indicadores físicos y del comportamiento del niño maltratado que acude a la consulta estomatológica

No todas las lesiones que caracterizan el maltrato infantil se localizan en la boca, pero un estomatólogo debidamente informado debería sospechar la existencia de este problema al cotejar el conjunto de signos que presenta el paciente (entre los que el comportamiento del niño puede

ser un claro indicador, siempre que el especialista sepa interpretarlo)^(15,20).

Las lesiones cutáneo-mucosas pueden ser múltiples, e incluir varios tipos de lesiones localizadas en zonas no habituales y no prominentes tales como la región bucal (lengua, mucosa y paladar blando), los pabellones auriculares, y las zonas laterales de la cara y el cuello; su configuración puede ser geométrica anormal, muy delimitadas de la piel sana y mostrar la forma del objeto que las causó^(7,21).

Las contusiones, hematomas, arañazos y equimosis en las zonas corporales no prominentes (orejas, mejillas) o en la parte distal de las extremidades (muñecas), así como los hematomas periorbitarios (la característica imagen del antifaz) suelen ser de tipo intencionado, y el que sean unilaterales no permite descartar que hayan sido provocados por una acción deliberada. En los casos de hematomas, su coloración evoluciona de una forma muy particular, lo que permite datarlos: de cero a dos días su color es rojo (por la presencia de hemoglobina), de tres a cinco días pasa a púrpura o azul, entre los cinco y siete días cambia a verde o verde-amarillento (a causa de la hemosiderina), de los siete a 10 días se degrada a amarillo o amarillo-pardusco, y entre los 10 y 14 días adquieren una coloración parda (debida a la hematoidina)⁽⁷⁾.

En ocasiones es posible observar las huellas de la mano adulta debajo del ángulo de la mandíbula, marcadas por presión al sujetar la cara con una mano para golpear al niño con la otra; en estos casos las lesiones resultantes son simétricas⁽¹⁷⁾ y las laceraciones o desgarros de la mucosa del labio son signos típicos^(6,7,20).

Las quemaduras son lesiones comunes en las consultas de Pediatría y ocurren comúnmente en niños próximos a la edad juvenil; sólo 10-25% de los casos de quemaduras en edades pediátricas son resultados de abusos. Un elemento importante para diferenciar las quemaduras intencionales de las accidentales es el hecho que estas últimas tienen contornos imprecisos y dentro de una misma lesión existen diferentes grados de quemaduras⁽⁷⁾.

Las quemaduras infligidas intencionalmente por el contacto de cuerpos sólidos calientes son patognomónicas y se caracterizan por ser lesiones múltiples, con bordes bien definidos y formas asociadas a los objetos causantes; en las producidas por agua caliente la zona de inmersión se delimita muy bien⁽²¹⁾. Las quemaduras intencionales con cigarrillos suelen localizarse en la cara, frente y manos, distribuidas uniformemente, con forma circular característica ("en sacabocados"), y una escara central de color negro que al sanar deja una cicatriz en forma de cráter^(7,21). Otras quemaduras –localizadas en la lengua, los labios, la mucosa bucal, el paladar y las encías– se pueden producir por la toma forzada de alimentos demasiado calientes o sustancias cáusticas^(6,7,21).

Las mordeduras se encuentran frecuentemente en las mejillas, brazos, piernas y glúteos de las víctimas de maltrato infantil. La clásica marca de la mordida es una lesión con un patrón circular u oval, de arcos simétricos opuestos, separados en su base por espacios abiertos, con una distancia intercanina mayor de 3 cm, especialmente cuando proceden de un adulto^(7,17,21).

La distancia normal entre los caninos humanos oscila entre 2,5 cm y 4 cm; en un niño esta distancia varía entre 2,5 cm y 3 cm y la aparición de marcas con estas dimensiones características se relaciona con las peleas escolares. Las marcas de mordidas con distancias intercaninas mayores de 3 cm indudablemente corresponden a personas adultas, y presentan mayor profundidad; suelen estar acompañadas de abrasiones, contusiones y laceraciones, pero rara vez de desgarro del tejido. Como elemento diferenciador, las producidas por animales carnívoros tienden a presentar desgarros, marcas anatómicas de dientes y arcos dentales con profundidades diferentes a las del ser humano⁽⁷⁾. En la periferia de los arcos se reflejan los tamaños, formas, orden y distribución de los dientes que mordieron, con un área central de equimosis (contusión) causada por la presión positiva por oclusión dental o por la presión negativa por succión^(7,21).

El estomatólogo puede participar, acompañado de los especialistas del Departamento de Medicina Legal, en la identificación del responsable de la mordida por las características y tamaño de los dientes, forma del arco y distancia intercanina; antes de lavar la zona de la mordida para curarla, debe tomar una muestra de la herida mediante raspado y con el uso de agua estéril o solución

salina, para su análisis en el Departamento de Genética. En estos casos también se emplean técnicas de fotografía secuencial y estudios de modelos de impresión dental de los sospechosos⁽²¹⁻²³⁾.

La alopecia traumática –definida como la existencia combinada de zonas de pelo sanas entre zonas arrancadas sin distribución determinada, o diferentes longitudes de cabello en zonas del cuero cabelludo sin explicación aparente– es otro signo de maltrato infantil. Estas irregularidades se pueden localizar en las zonas occipital u occipital-parietal y en el diagnóstico diferencial se deben tener en cuenta la alopecia *areata* (muy rara antes del año de edad), y la tricotilomanía⁽¹⁷⁾.

Otros lesiones típicas en casos de maltrato infantil son las osteoarticulares; el personal estomatológico debe observar con cuidado la presencia de fractura o luxación (o ambas) en niños menores, y en aquellos que por su discapacidad no deambulen o les cueste deambular al entrar a la consulta^(17,21).

Las lesiones neurológicas generalmente se originan en el clásico síndrome del niño sacudido; la sacudida violenta de la cabeza de atrás hacia adelante provoca el choque de la masa encefálica contra las paredes del cráneo y en ocasiones el resultado es una commoción cerebral; también suele aparecer el síndrome de la oreja en coliflor por la aceleración rotacional de la cabeza traccionando la oreja⁽²¹⁾.

Entre las lesiones oculares directas resultantes de abusos físicos son frecuentes las de los párpados (edema, heridas, pérdida de sustancia), las lesiones de la conjuntiva (hemorragias, heridas, edema inflamatorio de la conjuntiva) y las heridas de la córnea (desgarros o desprendimientos de retina), entre otras⁽¹⁷⁾.

Pueden ser indicadores de abuso sexual la dificultad del niño para andar o sentarse en el sillón dental, la presencia de hematomas por succión del cuello o de signos asociados a sofocación parcial (marcas en el cuello o petequias periorbitarias), la ansiedad seguida de trastornos del sueño (provocados por las pesadillas) e insomnio, la insuficiencia escolar, la agresividad y la tristeza^(13,15).

Los niños víctimas de maltrato emocional presentan una actitud característica de tristeza, apatía y temor, daños emocionales, alteraciones nerviosas o del comportamiento (hiperactividad), trastornos del sueño, tartamudez y bajo rendimiento escolar⁽¹⁷⁾.

En los casos de maltrato por negligencia y abandono se evidencian signos de retraso pondero-estatural y psicomotor significativos y no justificables por el grado de retraso en cuanto a las habilidades que los niños ya debían haber ganado para la edad mental que tienen y no han logrado por carecer de estimulación suficiente^(1,17). Los niños malnutridos suelen padecer anemia (sobre todo ferropénica) y déficit de vitaminas, a la par que presentan palidez y cansancio inapropiado para sus edades. Un menor con el típico aspecto físico de “niño sucio”, vestuario inapropiado para la temporada, mal olor, pelo seco, escaso, descuidado, despeinado (sobre todo si sus padres o hermanos lucen diferentes), es la muestra clara de la carencia de cuidados afectivos en su bienestar^(2,20,21).

En ocasiones la falta de seguridad en el hogar y el insuficiente cuidado parental generan accidentes por caídas e ingestión de tóxicos y medicamentos⁽¹⁸⁾; las negligencias en el cuidado estomatológico de los niños por parte de los adultos responsables redundan en un elevado índice de caries dentales sin tratamiento, falta de dientes, aparición de granulomas y enfermedades periodontales y pérdida del color normal de los dientes. El retraso en la búsqueda de asistencia médica para los trastornos graves que padece el menor y el incumplimiento de los tratamientos médicos prescritos provocan complicaciones de los trastornos de base^(17,24).

Las lesiones intrabucales consisten fundamentalmente en contusiones, lesiones en forma de abrasiones, laceraciones de mucosas, luxaciones, fracturas dentarias o pérdida del hueso alveolar con exposición de la raíz o ápice del diente temporal, y son fácilmente identificables en el examen estomatológico⁽²⁰⁾; en muchas ocasiones se originan a partir de un golpe dado en la boca del niño para tratar de silenciarlo porque grita o llora. Las fracturas dentales múltiples, las luxaciones dentales laterales, la laceración de la mucosa en la parte interior del labio superior (cerca del

frenillo) y el desgarramiento de la mucosa labial son signos típicos en estos casos^(6,20); un golpe directo en la boca puede causar fracturas o luxaciones de los incisivos superiores, y dejar la marca de éstos en la parte interna de los labios e incluso provocar avulsiones cuando el golpe es muy fuerte⁽⁷⁾.

En los casos de abuso sexual, las señales en la cavidad bucal pueden ser la aparición de un eritema o petequias, sin causa aparente, en la línea de unión entre el paladar blando y duro; la laceración del frenillo lingual puede ser indicio de una felación^(6,7).

Mediante el examen radiológico se pueden detectar, en aproximadamente 50 % de los pacientes que han sufrido maltratos repetidos, lesiones previas tales como fracturas de raíz mal consolidadas, rarefacción periapical, obliteración pulpar y alteración de los gérmenes dentarios en desarrollo⁽²⁰⁾.

En la investigación realizada por Morales⁽⁷⁾ en niños de nueve a 12 años, se estableció que el maltrato fue la causa de las lesiones dentales y estuvo relacionado con 42,5 % de todos los traumatismos padecidos por los niños, lo que evidencia la existencia de un serio problema de salud dental. En este grupo de pacientes las lesiones se caracterizaron por afectar fundamentalmente al ligamento periodontal (luxaciones laterales y avulsión), aunque también resultaron frecuentes las fracturas de la raíz o del proceso alveolar⁽⁷⁾.

Comportamiento psico-familiar en la consulta dental

La actitud del niño maltratado suele ser de indiferencia, a menudo la expresión de su cara es de tristeza y temor y ante la proximidad de otras personas puede esbozar gestos defensivos. Durante la exploración estomatológica o médica puede permanecer apático, y no hablar aunque se le escape alguna lágrima, presentar cansancio y aparentar más edad de la que tiene; si el tratamiento implica algún dolor, manifiesta un llanto débil, similar al del niño cooperador tenso. Dos elementos importantes a tener en cuenta son el hecho que el niño intenta ocultar la lesión, y la marcada discrepancia entre los datos referidos por los padres y los que el especialista encuentra en la exploración. En estos niños es frecuente encontrar un retraso psicomotor en relación a su edad, debido a la escasa estimulación psicológica y afectiva que reciben^(7,20).

Los maltratadores alegan un número alto de lesiones accidentales y atribuyen las lesiones a las acciones de los hermanos u otros niños; las historias que relatan son inaceptables, discordantes o contradictorias con respecto a los tipos de lesiones y su intensidad. Aunque describen las lesiones como autoinfligidas, por lo general no son compatibles con las edades de los niños; casi siempre explican estas lesiones aparentemente autoinfligidas con frases como "nunca antes se había comportado así"^(17,25).

El retraso en la búsqueda de asistencia médica es otra señal indicativa de maltrato; el maltratador casi siempre lleva al niño a tratamiento tardíamente (varias horas de diferencia, a veces días, después de ser golpeado) e incumple los tratamientos médicos prescritos al menor, muestra despreocupación por el seguimiento de las enfermedades crónicas e invalidantes que padece y frecuentemente cambia de centro de atención de salud^(17,20,21).

El maltratador casi siempre manifiesta poca preocupación por la higiene y alimentación del menor y poca disposición para atenderlo⁽¹⁸⁾, exhibe falta de afecto, no calma su llanto y lo rechaza verbalmente. Ante una falta cometida por el niño utiliza una disciplina severa, inadecuada para su edad y condición, con exigencias superiores a las posibilidades del menor; lo aparta de las interacciones sociales^(1,12,17) y las condiciones higiénicas y de seguridad en el hogar son peligrosas para la salud del niño^(14,18).

Génesis del maltrato infantil

Generalmente el maltrato se origina en la violencia doméstica propiciada por un ambiente familiar agresivo en el que resulta habitual el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas^(3,18,20). Entre los factores de riesgo de maltrato infantil más frecuentes se citan las desarmonías familiares, las dificultades económicas, el consumo de drogas, ser madres solteras o jóvenes, el aislamiento social, la baja autoestima, las enfermedades psiquiátricas (depresión materna), los patrones culturales machistas, los niños con hiperactividad, discapacidades o con malformaciones, y las

historias previas de abuso físico en los padres de los niños^(7,21).

Los pacientes que presentan situaciones de ansiedad por maltrato están en mayor riesgo de sufrir un traumatismo dental. Las evidencias muestran que los hijos únicos o de parejas divorciadas son más proclives a padecer fracturas de elementos de la cavidad bucal. La investigación de los niveles de catecolaminas urinarias en niños con historias previas de traumatismos dentales mostró que los niños con experiencias traumáticas presentaban niveles significativamente altos de epinefrina con relación a los que no habían sufrido traumatismos; estos datos indican que el estado emocional es un factor de riesgo prominente en las lesiones dentofaciales^(7,26).

Algunos autores^(17,18) consideran que la prevalencia del maltrato infantil es elevada en los grupos sociales de más bajo nivel económico y social; sin embargo la mayoría de los investigadores reconocen que éste es un fenómeno creciente en el mundo, cada vez más alarmante por sus raíces socioculturales y psicológicas, que puede producirse en familias de cualquier nivel económico, social y educativo^(1,3,10,27).

Cuba no es una excepción en las estadísticas de maltrato infantil, a pesar de los esfuerzos que el Gobierno cubano realiza para garantizar la educación y el bienestar de los niños; situaciones de diversa índole que afectan a menores se reportan frecuentemente en diversos sitios del país^(1-3,13,18) y en todas se identifican diferentes formas de maltrato infantil, asociadas a familias disfuncionales o con factores de riesgo. En la mayoría de los casos, las familias tienen conocimiento de la información existente sobre el tema y las disposiciones legales que protegen o amparan a los niños frente a las diferentes formas de violencia, aunque no identifican determinadas conductas como tipos de maltrato^(3,10,19).

Conducta a seguir ante el maltrato

Ante la sospecha o evidencia de un daño de etiología no accidental en un menor, el profesional de la salud tiene la obligación de mencionar esa duda, recoger evidencias de las lesiones y exponer detalladamente por escrito la descripción de las lesiones físicas de acuerdo a su número, tipo, tamaño, ubicación y estado (de ser posible con diagramas), así como la explicación adecuada que justifique la sospecha de maltrato infantil⁽²³⁾. La historia clínica minuciosamente detallada puede aportar los datos científicos precisos para delimitar los daños y ser un elemento de peso jurídico en caso necesario^(5,7,23).

El estomatólogo tiene un compromiso moral y ético de realizar acciones para prevenir el maltrato, controlar los factores de riesgo y proteger al niño^(6,10,21). La violencia ejercida sobre los menores es modificable una vez que se conocen los factores que conducen al maltrato en las familias de riesgo, por lo que es posible tomar las medidas pertinentes para evitar este fenómeno⁽²⁷⁾.

El personal de Estomatología debidamente preparado y consciente de su responsabilidad al respecto puede cumplir este rol protector y defensor de los derechos del niño; su labor de prevención debe consistir en acciones conjuntas con el Grupo Básico de Trabajo (GBT) correspondiente y los equipos multidisciplinarios del policlínico para determinar la presencia de problemas, necesidades y fortalezas en las familias proclives a presentar estas situaciones^(6,10,21).

CONCLUSIONES

La mayoría de las lesiones buco-faciales en niños víctimas de maltrato se relacionan con castigos físicos y negligencia familiar; los signos indicadores de maltrato son fácilmente identificables por un estomatólogo preparado al efecto.

RECOMENDACIONES

Se debe capacitar a los estomatólogos para la detección y diagnóstico del maltrato infantil y los factores de riesgo presentes en pacientes aún no afectados, así como establecer un trabajo multidisciplinario con los equipos de salud correspondientes para garantizar la debida protección a los menores y evitarles las secuelas del maltrato, así como realizar una labor preventiva, de asistencia y rehabilitación en las familias afectadas, y facilitar las acciones legales correspondientes en los casos que las requieran.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arce Gómez DL, Castellanos González MA, Reina Castellanos L, Fernández Reyes A, Mustelier Ferrer HL. Algunos factores psicosociales del maltrato infantil en escolares de la enseñanza primaria. MEDISAN [Internet]. Dic 2012 [citado 28 Nov 2014];16(12):1891-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n12/san111612.pdf>
2. Campo González A, Alonso Uría RM, Amador Morán R, Díaz Aguilar R, Durán Valledor MI, Ballesté López I. Maltrato infantil en hijos de madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa (2005-2006). Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Dic 2011 [citado 28 Nov 2014];27(4):477-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400006
3. Jacomino Fernández D, Rodríguez Aguiar CM, Muñiz Vera S, Rodríguez Barrios O. Maltrato infantil desde una perspectiva legal. Medimay [Internet]. 2012 [citado 7 Ene 2015];18(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/549/html>
4. Alonso Gutiérrez GM, García Martínez O. Consideraciones acerca de la conceptualización del maltrato infantil. MediCiego [Internet]. 2012 [citado 28 Nov 2014];18 Supl 2:[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl2_2012/pdf/T10.pdf
5. Arrieta Vergara KM, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Maltrato infantil: conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes de Odontología de Cartagena, Colombia. Rev Clín Med Fam [Internet]. Ago 2014 [citado 28 Nov 2015];7(2):103-11. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n2/original3.pdf>
6. Fierro Monti C, Salazar Salazar E, Ruiz Salazar L, Luengo Machuca L, Pérez Flores A. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. Int. J. Odontostomat. [Internet]. Abr 2012 [citado 1 Dic 2015];6(1):105-10. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v6n1/art15.pdf>
7. Morales Chávez MC. Rol del odontopediatra en el diagnóstico de maltrato infantil. Acta odontol. venez [Internet] Jun 2009 [citado 28 Nov 2014];47(2):488-94. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200030
8. Ceccato R, Gil Llario MD, Ballester Arnal R. Maltrato infantil: la intervención en el contexto familiar como alternativa al recurso de acogimiento familiar. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2011 [citado 1 Dic 2015];1(1):361-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5097371.pdf>
9. Morante Sánchez CA, Kanashiro Irakawa CR. El odontólogo frente al maltrato infantil. Rev Estomatol Herediana [Internet]. Jun 2009 [citado 28 Nov 2015];19(1):50-4. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/1817/1827>
10. Iglesias Pescoso I, Álvarez Lauzarique ME. Conocimientos sobre el maltrato infantil en los escenarios asistenciales de la brigada médica cubana en Oruro, Bolivia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Mar 2013 [citado 28 Nov 2014];29(1):76-89. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n1/mgi10113.pdf>
11. Bustos Aguiar R, Font Pavón L, Castellanos Ferreras ME, Breñas Escobar D, Rodríguez Rodríguez BM. Maltrato infantil, como forma de debut de hemofilia A: presentación de un caso. Rev. Med. Electrón. [Internet]. Dic 2011 [citado 7 Ene 2015];33(6):788-94. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n6/spu13611.pdf>
12. Torres Triana AE, Teseiro Plá MM, Herrera Perdomo D, Denis Pérez T. Caracterización del maltrato psicológico infantil en el área de salud del Policlínico "Reynold García" de Versalles. Rev. Méd. Electrón. [Internet]. Dic 2013 [citado 28 Nov 2014];35(6):596-605. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v35n6/tema04.pdf>

13. Del Toro Kondeff M, González Diéguez H, González Martínez D. Violencia sexual y peritaje médico-legal psiquiátrico. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2013 [citado 28 Nov 2014];10(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph10113.html>
14. López Arévalo BM, Lago Santiesteban YA, Varela Vázquez ME, Reyes Virilla A, Arias Atencio C. Maltrato infantil: características en la región de Oshakati. Namibia 2009. Multimed [Internet] Mar 2012 [citado 28 Nov 2014];16(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2012/v16-1/6.html>
15. Gallegos L, Miegimolle M, Planells P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. Acta odontol. venez. [Internet] Dic 2002 [citado 7 Ene 2015];40(3):315-19. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652002000300014&lng=es&nrm=iso
16. Mojarrero Iñiguez M. Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud [Internet]. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006 [citado 7 Ene 2015]. Disponible en: http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/689/1/images/Guia_para_Diagnostico_Presuntivo_del_Maltrato_Infanto_Juvenil_.pdf
17. Lachica López E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad Med Forense [Internet] 2010 [citado 7 Ene 2015];16(1-2):53-63. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/v16n1-2/revision6.pdf>
18. Díaz Colina JA, Díaz Colina M, Socorro Ávila Y, Bravo Málaga V. Morbimortalidad y factores de riesgo para el maltrato infantil en niños atendidos en el policlínico "José Agustín Mas Naranjo" de Primero de Enero. MediCiego [Internet]. 2011 [citado 28 Nov 2014];17(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/Vol17_01_%202011/pdf/T5.pdf
19. Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E, Díaz Franco AM. Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Mar 2011 [citado 7 Ene 2015];83(1):22-3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v83n1/ped03111.pdf>
20. Núñez Ramos R, Díaz Díaz J, Mesa García S, Romance García AI, Marín Ferrer M. Manejo del traumatismo alvéolo-dentario infantil en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet] Dic 2013 [citado 28 Nov 2015];15(60):307-13. Disponible en: http://www.pap.es/files/1116-1701-pdf/pap60_05_esp_engl.pdf
21. Fernández Couse G, Perea Corral J. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Pediatr [Internet]. Sep 2004 [citado 29 Mar 2015];76(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-7531200400030009&script=sci_arttext&tlng=en
22. Martínez León MM, De Castro de la Calle L, Irurtia Muñiz MJ, Martínez León C, Queipo Burón D. Paciente autista en el ámbito odontológico: auto agresiones versus maltrato infantil. Gac. int. cienc. forense [Internet]. Dic 2013 [citado 28 Sep 2015];9:61-73. Disponible en: http://www.uv.es/gicf/4A3_Martinez_Leon_GICF_09.pdf
23. Virgilí Jiménez D, Ferrer Marrero D, Leal Rivero Y. La violencia en salud, como problema médico legal y ético. Rev haban cienc méd [Internet]. Jun 2013 [citado 19 Dic 2014];12(2):286-93. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n2/rhcm16213.pdf>
24. Freire de Castilho AR, Luiz Mialhe F, De Souza Barbosa T, Puppin Rontani RM. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. Abr 2013 [citado 1 Dic 2015];89(2):116-23. Disponible en:

<http://unicamp.sibi.usp.br/bitstream/handle/SBURI/12805/S0021-75572013000200003.pdf?sequence=1>

25. Olarte Giraldo JA, Zapata Correa CD, Heredia Quintana DA. Sobre maltrato y agresión infantil. Revista de Psicología GEPU [Internet] Jun 2011 [citado 7 Ene 2015];2(1):13-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3686980.pdf>
26. Vanders AP, Papagiannoulis L. Urinary catecholamine levels and incidence of dentofacial injuries in children: a 2-year prospective study. Endod Dent Traumatol [Internet]. Oct 2000 [citado 20 Jun 2015];16(5):222-8. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1034/j.1600-9657.2000.016005222.x.pdf?v=1&t=iwwcs12c&s=0d4f25fbe2a3088f16eccaf8c557a36e13180f85](http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1034/j.1600-9657.2000.016005222.x/asset/j.1600-9657.2000.016005222.x.pdf?v=1&t=iwwcs12c&s=0d4f25fbe2a3088f16eccaf8c557a36e13180f85)
27. Ravelo Álvarez BS, Soto Herrera JE, García Suárez OL. Violencia en adolescentes y familiares: intervención educativa en una secundaria básica de Caibarién. Medicentro Electrónica [Internet] Mar 2013 [citado 19 Dic 2014];17(1):37-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v17n1/mdc07113.pdf>

Recibido: 23 de diciembre de 2015

Aprobado: 28 de marzo de 2016

MSc. Lissette Peraza Gutiérrez
Policlínico Comunitario Docente "Joaquín de Agüero y Agüero"
Avenida de los Mártires No.601, entre José Miguel Gómez y Perucho Figueredo. La Vigía.
Camagüey, Cuba. CP.70200
Correo electrónico: sarah@finlay.cmw.sld.cu